

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 152

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean DELATTRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE  
DU CANCER DE L'UTÉRUS

*Président : M. J.-L. FAURE, Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922



THE

THE DOCTORAL IN MEDICINE

1881

UNIVERSITY OF CHICAGO

DEPARTMENT OF MEDICINE

PHYSIOLOGY

1881

UNIVERSITY OF CHICAGO

1881

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 152

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean DELATTRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE  
DU CANCER DE L'UTÉRUS



Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922

281



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Officier de la Légion d'honneur  
Chirurgien de l'hôpital Broca

CONTRIBUTION A L'ETUDE  
DU  
DIAGNOSTIC PRÉCOCE  
DU CANCER DE L'UTÉRUS

---

INTRODUCTION

Dans un séjour que nous avons fait à Chartres, nous avons eu l'occasion de voir un certain nombre de cancers de l'utérus traités par l'hystérectomie élargie ne présentant pas trace de récurrence après plusieurs années, malades opérées par le Dr de Fourmestraux. Il s'agissait là de cas très précis avec examen histologique, mais il faut reconnaître que les résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer utérin sont en général médiocres, et cela tient surtout à ce que de telles malades arrivent trop tard à l'examen du chirurgien pour une intervention où l'heure opératoire ne saurait être différée.

Dans les cas que nous avons pu examiner, il s'agissait de malades opérées de façon précoce, mais ce fait est malheureusement loin d'être la règle.

Si l'on considère ses résultats immédiats, il n'est pas d'intervention plus décevante que l'hystérectomie pour cancer utérin. Par contre, il n'en est pas qui donne mieux l'impression de labeur utile que celle-là quand

le chirurgien a la joie de revoir au bout de quelques années ses opérées avec les apparences cliniques de la guérison.

Meurtrière par le choc opératoire immédiat, trop souvent suivie de récurrence locale, l'hystérectomie pour cancer ne comporte ce sombre pronostic que parce que les malades arrivent trop tard. L'heure opératoire est pour elles différée pour des raisons multiples, la première, la plus importante, est due au fait que le seul symptôme, l'hémorragie n'est considérée par la plupart des femmes et par leur entourage que comme un incident d'importance minime; la deuxième, il faut bien l'avouer, reconnaît pour cause l'état d'esprit fâcheux de l'étudiant, du praticien de demain, à ce sujet; insuffisance clinique dont il n'est que partiellement responsable.

Cancer de l'utérus, cela veut dire, pour le candidat aux cliniques: douleur, hémorragies, leucorrhée fétide, trépied symptomatique classique qui décèle seulement la plupart du temps une lésion inopérable.

Au point de vue de la prophylaxie du cancer en général, l'éducation du public est inexistante, l'éducation médicale insuffisante. Il y a là un courant qu'on peut et qu'on doit remonter. Dans le terrible problème du cancer, la lumière viendra certainement un jour du Laboratoire. Il serait injuste de dire qu'à l'heure actuelle, de médiocres lueurs radiantes n'ont éclairé que des résultats incertains. Il est possible, qu'un jour, du Laboratoire, sorte la méthode qui nous permettra de lutter avec succès contre cette affection redoutable dont nous

ne connaissons jusqu'ici que les formes anatomiques et l'effrayante évolution.

En attendant, on peut affirmer que plus facilement encore peut-être que d'autres localisations néoplasiques, le cancer de l'utérus est guérissable par l'intervention sanglante. Il est curable comme la plupart des cancers sous condition que les barrières ganglionnaires n'aient pas été largement dépassées ou que la diffusion épithéliale locale, n'empêche l'exérèse en dehors des limites de la lésion.

L'éducation du public est à ce point de vue d'un ordre assez délicat, il y a là toute une série de mesures de prophylaxie morale qui sont du ressort des ligues anti-cancéreuses et que nous envisagerons secondairement.

L'éducation médicale est certes beaucoup plus facile. M. de Fourmestraux nous a montré l'utilité absolue, immédiate, de rechercher les signes du cancer, par un examen minutieux et approfondi qui est la seule condition pour faire un diagnostic précoce et par conséquent, pouvoir mener à bien la plus belle peut-être des grandes interventions de la chirurgie gynécologique, l'hystérectomie élargie pour cancer dont la technique opératoire comporte aujourd'hui une telle précision.

## DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DE L'UTÉRUS

Quelle que soit sa localisation, quel que soit le point de la muqueuse, primitivement envahi par la cellule cancéreuse: Col, isthme, ou corps, le seul symptôme d'alarme est *l'hémorragie. Ce sont les caractères de cette dernière qu'il faut étudier avec un soin méticuleux.*

Les choses se passent souvent de la façon suivante: Au crépuscule de sa vie génitale, une femme alors que ses règles avaient disparu depuis quelques mois, présente à nouveau un écoulement sanglant, et, dans la majorité des cas, malheureusement elle n'y attache aucune espèce d'importance. Elle pense seulement à un retour de ses règles et ce n'est que lorsque cet écoulement présente une persistance réelle qu'elle consulte un médecin. Elle ne le fait du reste trop souvent qu'après avoir épuisé la pharmacopée très spéciale qui orne la quatrième page des journaux, et dont l'ingénieuse réclame a fait tant de mal: tous les élixirs et toutes les jouvences qui éloignent pour elle l'heure du salut.

Si la malade a l'heureuse chance de demander dès cette époque conseil à son médecin, ce signal d'alarme doit avoir pour lui une importance considérable. C'est un écoulement sanglant, souvent très minime, un suintement rosé parfois insignifiant, mais presque toujours *continu*, surtout s'il s'agit d'une lésion du *corps*. Le linge

est souillé par un liquide brique ou jaunâtre, sang mélangé à la sécrétion plus ou moins abondante des glandes cervico-utérines. C'est un écoulement continu. Ce caractère nous paraît avoir une importance extrême, car dans les hémorragies, par exemple, qui reconnaissent pour cause un fibrome à évolution sous-muqueuse, il y a presque toujours des stades d'arrêt. Dans ces hémorragies, des fibromes sous-muqueux, le repos, le séjour au lit agissent de façon précise. Là, au contraire, si le repos présente une influence, elle n'est que très faible, *et même au lit*, une femme perd, *au début d'un cancer de l'utérus*.

Dans quelque cas, la malade alitée, l'écoulement semble avoir disparu, il n'en est rien. Si l'on emploie le procédé du tampon, que nous avons vu conseiller et appliquer par M. de Fourmestraux, on voit que cela n'est pas exact. Ce procédé du tamponnement, comme méthode clinique, nous semble avoir une valeur très réelle. La malade est mise au repos au lit, et après injection, un tampon est placé au contact immédiat du col utérin. Ce tampon mis dans un vagin soigneusement désinfecté et asséché est enlevé au bout de vingt-quatre heures. Est-il ou n'est-il pas sanglant? Sang pur ou sérosité rousâtre? Ce sont là des renseignements précieux. Si les pertes sanglantes persistent; si surtout, après plusieurs jours d'examen, *le tampon est régulièrement souillé*, il est malheureusement probable que chez cette femme dont la ménopause est terminée, l'utérus pathologique qui saigne est un utérus cancéreux. Nous avons eu l'occasion de voir M. de Fourmestraux, chez trois malades où ce signe du tampon était précis (compresse souillée de

sérosité sanglante malgré le séjour au lit) préjuger de l'existence très probable d'un cancer utérin. L'examen biopsique confirma le diagnostic, et l'hystérectomie put être faite dans des conditions favorables. Quand le médecin, qui a suffisamment la confiance de sa malade pour lui dicter une décision utile, est en possession de cette donnée, son devoir strict est d'examiner à nouveau cette dernière avec le concours d'un gynécologue compétent.

Deux éventualités sont à considérer: cancer du corps, cancer du col.

Cancer du corps: épithélioma cylindrique de la muqueuse du corps utérin.

Cancer du col: deux formes suivant le segment lésé, épithélioma pavimenteux ou épithélioma cylindrique.

*Chacune de ces trois formes cliniques présente au début des caractères qu'il convient de différencier.*

## DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DU CORPS

Examen direct, palper bi-manuel, examen au spéculum ou mieux à l'aide de deux valves. Précaution indispensable, la vessie et l'intestin auront été évacués. Si la malade a une paroi abdominale grasse, ou se défend lors de l'examen, le palper bimanuel est absolument inopérant sans anesthésie, et seule l'anesthésie générale permettra de faire un diagnostic précis. Cette dernière sera commode au chlorure d'éthyle, ou au bromure. Palper bimanuel qui doit être fait suivant les règles classiques.

Il conviendra de faire, ce qui est facile avec une table à inclinaison variable, cet examen non seulement en position horizontale, *mais en déclivité légère*. Les culs-de-sac sont souples, rien dans les annexes, le col est normal, parfois un peu béant, quelque peu entr'ouvert, un peu plus volumineux, mais rien de précis. On recherche le fond de l'utérus, cela est capital, on a souvent mais pas toujours, l'impression d'une augmentation de volume de ce dernier. Ce signe est important. Si, ce qui malheureusement est loin d'être la règle, la malade se laisse facilement examiner et qu'on n'ait pas recours à l'anesthésie, on peut être à même de constater que cet utérus légèrement augmenté de volume est *douloureux*. Il nous a même semblé dans un des cas que nous avons été à même d'examiner, que l'on pouvait préciser d'une façon assez exacte la zone douloureuse du cancer utérin; il s'agissait d'un néoplasme de l'isthme et la zone utérine sus-cervicale dans ce cas était nettement plus douloureuse que le fond et le col. Il est exceptionnel que ce palper, même pratiqué doucement, ne détermine pas, dans les jours qui suivent l'examen, une recrudescence de l'hémorragie. Cette dernière, nous l'avons vu, est presque toujours une hématorrhée continue; et la valeur qu'il faut attacher à ce symptôme est vraiment très grande. Il faut cependant noter que dans les anté et rétroflexions, surtout dans ces dernières, le sang peut s'accumuler (hématométrie légère) et ce sont là surtout les formes douloureuses. Il y a un arrêt relatif de l'hémorragie, et surtout un changement dans les caractères de cette dernière. Ce n'est plus l'écoulement sanglant,

relativement abondant, mais une sérosité roussâtre qui lentement s'écoule entre les lèvres du col. Il y a des douleurs puis, au bout de quelques heures, quelques jours, de véritables coliques expulsives qui s'accompagnent de pertes plus abondantes et de l'issue par le col de caillots dans la cavité vaginale. Il faut donc étudier ces divers symptômes avec une grande minutie, mais il faut reconnaître que dans certains cas, ces symptômes d'alarme sont extrêmement frustes, et que l'épithélioma cylindrique du corps utérin présente une réelle difficulté de diagnostic dans son stade initial. Un seul signe physique, l'hémorragie; un seul signe fonctionnel, l'augmentation légère du volume du corps, très secondairement la douleur au palper. Il serait vraiment utile que le Laboratoire put nous donner quelques renseignements d'ordre général: étude de l'altération des sérosités, du sang, de l'élimination urinaire, de l'élimination hépato-rénale. Il ne semble pas qu'il y ait de modifications précises de la formule hématologique des cancéreux au début. Les altérations humorales, les altérations de la formule sanguine des néoplasiques apparaissent comme des réactions tardives. *Il y a là un fait de biologie générale très consolant pour le chirurgien et qui semble prouver une fois de plus que le cancer, au début de son évolution, est une affection toute locale et par conséquent curable.*

Dans ces cas douteux, il faut malgré tout baser son diagnostic sur des faits concrets. Rien n'est plus difficile que le diagnostic d'un cancer du corps au début. Nous aurons alors une précision par le curettage explorateur et l'examen histologique des produits recueillis,

biopsie qui sera faite sous anesthésie générale ou rachianesthésie.

Il faut faire une dilatation suffisante du col pour que passe sans frottement la large curette fenêtrée. Au niveau du point où cette dernière rencontre une production néoplasique, on perçoit une sensation tactile toute spéciale. On n'a plus à bout de curette, la sensation de résistance élastique que donne la muqueuse saine; il semble que l'on touche un tissu mou, fongueux, on a l'impression qu'il faut agir avec une extrême prudence si l'on ne veut provoquer une perforation. Dans d'autres cas, au contraire, la curette heurte un véritable bourgeon charnu qui fait saillie dans la cavité utérine. Les angles, les faces, les bords seront explorés. La lésion initiale peut être minime. Les produits recueillis sont envoyés au Laboratoire qui donnera une réponse précise. Nous verrons à propos du diagnostic du cancer du col, les quelques précautions indispensables au prélèvement logique et utile de ces fragments à examiner. Il y a quelque intérêt à noter que ce curettage pour biopsie, loin d'être nuisible, arrête parfois l'hémorragie qui devient insignifiante; il permet en tout cas un diagnostic certain et son corollaire: l'abstention ou une intervention rapide.

## DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DU COL

Au niveau du col, deux formes anatomo-pathologiques différentes qui vont se traduire par des symptômes dissimilaires:

1° *L'épithélioma cylindrique intra-cervical*, qui est un cancer glandulaire;

2° *L'épithélioma pavimenteux du col*, qui est lui un cancer cervico-vaginal.

### I. — *Epithélioma cylindrique du col*

L'épithélioma du corps utérin est presque toujours un cancer de la femme âgée, ou qui voisine avec la ménopause. Dans les néoplasmes cervicaux il en est moins souvent ainsi. Le cancer de la femme jeune est plutôt cervical, et il n'est pas une chose exceptionnelle. Dans le cahier d'observations du Dr de Fourmestraux, nous avons pu relever trois cas de cancer de femmes âgées de moins de trente ans. L'une d'elle, femme de vingt-neuf ans, est morte peu de jours après l'intervention; une autre a survécu trois ans; quant à la dernière, que nous avons pu examiner, opérée il y a dix ans (examen histologique, docteur Ameuille: épithélioma pavimenteux) à l'âge de vingt-six ans, elle présente à l'heure actuelle tous les caractères cliniques de la guérison après hystérectomie élargie.

Le symptôme hémorragie continue, qui nous est apparu presque constant dans le cancer du corps n'a plus, ici, cette fixité presque absolue. Métrorragie et ménorragie se confondent, s'enchevêtrent, et il est bien difficile de savoir ce qui appartient à l'écoulement cataménial normal et ce qui doit en être dissocié. Chez cette femme relativement jeune qui se présente à notre examen, la malade et le médecin ont une tendance à mettre ces hé-

morragies à l'actif d'une fausse couche, d'une rétention placentaire méconnue, ou d'une affection médicale d'ordre général. Il faut être très réservé et tenir comme très suspectes ces hémorragies répétées mais non continues, chez une femme au voisinage de la quarantaine.

Cette métrorragie, au contraire de l'hématorrhée du cancer du corps, est un écoulement sanglant souvent provoqué. Une fatigue anormale, une sortie en auto, en voiture, un traumatisme léger, le choc d'une canule vaginale, provoquent un écoulement sanglant parfois abondant, et que le repos au lit, quelques injections chaudes, vont arrêter assez rapidement.

Même manœuvre, même examen, anesthésie aussi souvent nécessaire, que lorsqu'il s'agit d'un cancer du corps. Deux valves bien placées permettent de constater l'intégrité apparente du col, mais il n'est pas rare de voir, que si aucune lésion n'en ulcère le revêtement épithélial, les deux lèvres dans ce cancer glandulaire, cancer intra-cervical, sont plus béantes que normalement. Un tampon de gaze après avoir été au contact de leurs faces internes, reste légèrement rosé ou même sanglant. On a l'impression que le sang vient du segment sus-cervical, mais non du col lui-même. Le toucher, dans ces néoplasmes développés au niveau de l'extrémité proximale du col, au niveau de la région isthmique, donne des renseignements précieux. Il est rare que, même pratiqué avec douceur, il ne provoque pas une recrudescence de l'écoulement sanglant. Siredey a indiqué une manœuvre, un procédé d'examen dont la valeur clinique est réelle. Dès que l'on conçoit, dit ce dernier, un soupçon même vague de l'exis-

tence d'un cancer endo-cervical par le toucher, en même temps que l'on appuie sur le fond de l'utérus avec la main placée sur l'abdomen, on cherche au moyen d'un doigt à fléchir le col en avant ou en arrière, et l'on provoque de suite l'apparition d'un petit jet de sang brusque qui s'arrête bientôt. C'est encore par le toucher ou mieux par le palper bimanuel que l'on pourra dans cette forme juxta-isthmique recueillir deux signes importants. Quand on fait le toucher tel qu'il doit être fait, c'est-à-dire à deux doigts et successivement de l'une et l'autre main, on constate sur un utérus non pathologique qu'à l'état normal, il y a deux segments, un segment extrêmement mobile et qu'on pourra déplacer en avant et en arrière par la main abdominale (toute la portion abdominale sus-isthmique); le col est, lui, beaucoup plus fixe (tous les moyens de fixité utérins convergent au niveau de son segment inférieur); l'utérus tient au plancher pelvien par le col, comme la bouteille la tête en bas dans le porte-bouteilles, disait dans son langage imagé le maître Farabeuf. Dans les cas de cancers juxta-isthmiques, cette mobilité est beaucoup moins grande; et surtout les manœuvres de mobilisation de l'utérus par la main abdominale, non seulement provoquent une perte de sang, mais peuvent être extrêmement douloureuses (1).

Il ne faut jamais, et dans cette forme cela est particulièrement important, négliger de pratiquer le toucher rectal. On atteint avec le toucher rectal et explore, la face postérieure de l'utérus. On se rendra compte peut-être

1. De Fourmestraux, *L'heure opératoire dans le cancer de l'utérus* (*Archives médico-chirurgicales de province*, 1921).

plus facilement encore que par le vagin, de l'élément *douleur provoquée par le toucher*. Par le rectum on peut, surtout sous anesthésie, explorer très facilement toute la face postérieure de l'utérus. S'il y a une diffusion épithéliale, une infiltration intraligamentaire, ce procédé d'investigation donne des résultats précis. C'est dans le même ordre d'idée que peut renseigner l'examen cystoscopique. La constatation, après éclairage endo-vésical, d'œdème diffus à plis parallèles et bulleux coexiste dans la plupart des cas avec des adhérences serrées dues à un envahissement néoplasique. Il semble que l'existence même de ces signes vésicaux soit un symptôme non plus de début mais d'extension du néoplasme et rende aléatoire une hystérectomie même très élargie. Il faut également étudier avec soin l'aspect des orifices urétéraux; un retard, une irrégularité, une diminution de la force d'évacuation urétérale peuvent exister. Ces signes ont une valeur réelle, ils ne constituent cependant pas une contre-indication opératoire absolue. Une induration latérale de l'utérus peut être due à un noyau de salpingite adhérente ou à une simple gangue inflammatoire peu serrée ( ).

## II. — *Epithelioma pavimenteux du col*

L'épithélioma pavimenteux du col, troisième forme clinique, siège sur la portion cervico-vaginale du col. C'est celui-là que le chirurgien devrait pouvoir opérer de la façon la plus précoce, car il détermine des troubles

1. Hartmann, Congrès de gynécologie obstétrique de langue française, discussion rapport Forgues, Bruxelles, 26 septembre 1919.

fonctionnels assez rapides, et au début de son évolution son diagnostic est relativement facile.

Là encore un seul symptôme initial: l'hémorragie; elle présente cependant quelques caractères particuliers. C'est un écoulement sanglant, mais qui, contrairement à ce que nous avons vu tout à l'heure pour le corps, au stade de début tout au moins, ne présente pas un caractère continu. D'apparence spontané parfois, il est cependant le plus souvent, quand on examine les faits de plus près, secondaire à un traumatisme. Comme pour les lésions endo-cervicales, plus souvent même peut-être, c'est le choc de la canule vaginale qui détermine le signal d'alarme hémorragie. Les injections chaudes, le repos, paraissent arrêter cette dernière de façon temporaire. Quelques jours, quelques semaines se passent, puis l'écoulement d'intermittent devient presque continu, sérosité roussâtre, sans grande odeur, contrairement aux données classiques, dans les stades de début, et chez les femmes qui prennent des soins méticuleux de propreté. Cet écoulement en tous cas, reste presque toujours modéré, il ne s'accompagne pas de douleurs et le retentissement sur l'état général est nul. Un bon éclairage, deux valves bien placées permettent de constater que ce suintement ne provient pas de l'intérieur de la cavité utérine, mais prend son origine au niveau d'une ulcération siégeant sur le segment vaginal du col. Tout à fait au début, c'est une ulcération lenticulaire située au sommet de saillies muriformes plus ou moins confluentes. Deux aspects de la lésion ont une importance extrême, *sa teinte rouge vif qui tranche sur la coloration gris rosé du*

*reste du col et le fait que cette ulcération saigne au moindre contact.* Ce dernier symptôme nous semble peut-être plus que les autres particulièrement important, ulcération non indurée au toucher et saignant au contact. Pas d'autres signes fonctionnels, pas de douleurs, pas d'hémorragie, pas de leucorrhée, s'il n'existe des lésions inflammatoires antérieures. Contrairement aux autres modalités cliniques, ici, dans ces formes purement cervicales, le toucher ne donne que des renseignements d'une importance relative; le corps est mobile. Les annexes ne présentent pas de lésions qui soient en relation directe avec ce néoplasme cervical au début. Le col garde sa mobilité toute relative, au niveau de l'ulcération on peut cependant arriver avec quelque précision à distinguer par le toucher, les limites de cette dernière, sans que cependant cette manœuvre ait une très grande valeur. Il n'y a pas perception d'induration et la sensation tactile à ce niveau est à peu près la même que celle qu'on a dans le reste du col. Ici, l'examen cystoscopique, le toucher rectal ne donnent de renseignements que si les lésions sont propagées à la base du ligament large et au tissu cellulaire sous-péritonéo-vésical.

Il y a de grandes présomptions pour que cette lésion ulcéreuse du col soit du cancer, mais il faut une précision absolue pour prendre un parti opératoire rapide, il est de toute nécessité de faire une biopsie. Ce n'est plus la manœuvre délicate que constitue le curettage dans une lésion du col, mais un prélèvement sous le contrôle de la vue, la prise à la pince coupante du professeur J.-L. Faure, ou simplement au bistouri, d'un fragment suffisant

pour faire un examen histologique. Il convient de préciser cependant les conditions de ce prélèvement, et dans un travail récent Rubens Duval montrait quelles pouvaient être les causes d'erreur (1). Il est évident qu'un examen histologique vaut surtout par les constatations positives. N'eût-on vu au microscope qu'un îlot cancéreux minimise la constatation précise de cellules néoplasiques malignes bien caractérisées détermine le diagnostic quelles que puissent être les présomptions cliniques. En enlevant un fragment de col utérin douteux il faut apporter une grande attention à ne pas traumatiser le fragment de tissu au cours de son exérèse; s'il est écrasé, il peut de ce seul fait devenir inutilisable. On ne peut apprécier ni la morphologie, ni les rapports de cellules broyées entre les mors d'une pince. Le tissu cancéreux est friable et les bourgeons néoplasiques se laissent détacher plus facilement que la muqueuse saine. Pour un cancer du corps la curette a toutes les chances de ramener ce qu'il convient d'examiner. Dans le cancer du col il est plus simple et plus précis de faire un prélèvement au bistouri ou au ciseau. Ce mode opératoire est supérieur à la curette; au bistouri les bords du fragment ne sont pas traumatisés comme cela arrive lorsqu'on découpe avec une pince emporte-pièce une rondelle de tissu souvent d'ailleurs trop exigüe (Rubens Duval). Un tel prélèvement permet de plus une orientation précise de la pièce à débiter en coupe, et par la suite une étude topographique plus exacte des lésions. R. Duval, à l'appui de cette nécessité de prélever avec une attention ex-

1. Rubens Duvat, *Paris Chirurgial*, janvier 1921.

trême la pièce destinée à la biopsie sur le col utérin suspect de cancer, rapporte le détail d'un examen histologique très intéressant et qui montre d'une façon précise la possibilité de cause d'erreur. Sur une pièce du professeur Lejars, dans un cas particulièrement douteux, à un grossissement de 12 diamètres, on reconnaît sur la coupe l'épithélioma pavimenteux du museau de tanche qui se réfléchit à l'intérieur du canal cervical et auquel fait suite l'épithélium cylindrique qui revêt ce canal. Ces formes épithéliales paraissent à peu près normales. Les cryptes glandulaires de la muqueuse endo-cervicale sont plus développées qu'à l'état normal, quelques-unes forment des dilatations kystiques comme il est si fréquent d'en rencontrer sans que cela puisse être le moindre indice de probabilité de cancer. En un point si minime qu'à faible grossissement il ne retient pas l'attention, une crypte glandulaire ne présente un contour précis que sur une petite partie de son étendue; ailleurs, la glande se confond avec un amas cellulaire mal délimité. L'impression est qu'il s'agit d'un simple état inflammatoire de la muqueuse, d'une métrite endo-cervicale légère. L'examen à immersion confirme cette impression. Le tissu conjonctif présente un état inflammatoire simple caractérisé surtout par une infiltration de cellules lymphatiques. Les cryptes glandulaires montrent un épithélium cylindrique dont toutes les cellules sont des cellules caliciformes distendues par du mucus. La cavité des cryptes dilatées est vide ou plus ou moins remplie par une accumulation de mucus. Toutes ces constatations permettent de conclure qu'il s'agit bien de

pour faire un examen histologique. Il convient de préciser cependant les conditions de ce prélèvement, et dans un travail récent Rubens Duval montrait quelles pouvaient être les causes d'erreur (1). Il est évident qu'un examen histologique vaut surtout par les constatations positives. N'eût-on vu au microscope qu'un îlot cancéreux minimise la constatation précise de cellules néoplasiques malignes bien caractérisées détermine le diagnostic quelles que puissent être les présomptions cliniques. En enlevant un fragment de col utérin douteux il faut apporter une grande attention à ne pas traumatiser le fragment de tissu au cours de son exérèse; s'il est écrasé, il peut de ce seul fait devenir inutilisable. On ne peut apprécier ni la morphologie, ni les rapports de cellules broyées entre les mors d'une pince. Le tissu cancéreux est friable et les bourgeons néoplasiques se laissent détacher plus facilement que la muqueuse saine. Pour un cancer du corps la curette a toutes les chances de ramener ce qu'il convient d'examiner. Dans le cancer du col il est plus simple et plus précis de faire un prélèvement au bistouri ou au ciseau. Ce mode opératoire est supérieur à la curette; au bistouri les bords du fragment ne sont pas traumatisés comme cela arrive lorsqu'on découpe avec une pince emporte-pièce une rondelle de tissu souvent d'ailleurs trop exigüe (Rubens Duval). Un tel prélèvement permet de plus une orientation précise de la pièce à débiter en coupe, et par la suite une étude topographique plus exacte des lésions. R. Duval, à l'appui de cette nécessité de prélever avec une attention ex-

1. Rubens Duvat, *Paris Chirurgical*, janvier 1921.

trême la pièce destinée à la biopsie sur le col utérin suspect de cancer, rapporte le détail d'un examen histologique très intéressant et qui montre d'une façon précise la possibilité de cause d'erreur. Sur une pièce du professeur Lejars, dans un cas particulièrement douteux, à un grossissement de 12 diamètres, on reconnaît sur la coupe l'épithélioma pavimenteux du museau de tanche qui se réfléchit à l'intérieur du canal cervical et auquel fait suite l'épithélium cylindrique qui revêt ce canal. Ces formes épithéliales paraissent à peu près normales. Les cryptes glandulaires de la muqueuse endo-cervicale sont plus développées qu'à l'état normal, quelques-unes forment des dilatations kystiques comme il est si fréquent d'en rencontrer sans que cela puisse être le moindre indice de probabilité de cancer. En un point si minime qu'à faible grossissement il ne retient pas l'attention, une crypte glandulaire ne présente un contour précis que sur une petite partie de son étendue; ailleurs, la glande se confond avec un amas cellulaire mal délimité. L'impression est qu'il s'agit d'un simple état inflammatoire de la muqueuse, d'une métrite endo-cervicale légère. L'examen à immersion confirme cette impression. Le tissu conjonctif présente un état inflammatoire simple caractérisé surtout par une infiltration de cellules lymphatiques. Les cryptes glandulaires montrent un épithélium cylindrique dont toutes les cellules sont des cellules caliciformes distendues par du mucus. La cavité des cryptes dilatées est vide ou plus ou moins remplie par une accumulation de mucus. Toutes ces constatations permettent de conclure qu'il s'agit bien de

métrite avec hyperplasie épithéliale légère, et réaction inflammatoire du tissu conjonctif. Mais en examinant à un grossissement de 45 diamètres la crypte glandulaire qu'on avait vue ne présentant pas de limites nettes sur une partie de son étendue, on voit que le fond de cette crypte se montre normalement conformé et constitué par un revêtement régulier de cellules cylindriques hautes, mais le collet a disparu et est remplacé par un grand nombre de petits diverticules épithéliaux de tailles inégales. A un grossissement de 45 diamètres, on voit que certains de ces diverticules plongés dans un tissu conjonctif en réaction inflammatoire, présentent un épithélium cylindrique très modifié. Les cellules disposées irrégulièrement en d'autres points, les cellules épithéliales et leur protoplasma ont fusionné formant ainsi des plasmodes. On ne peut sur ce segment de préparation affirmer le cancer, mais on peut le soupçonner. En un autre point le diagnostic d'épithélioma se trouve tout à fait confirmé. On voit une sorte de réseau irrégulier de travées épithéliales limitant des cavités irrégulières comme dimension et distribution. Ces travées se rapportent à un épithélium cylindrique et sont formées d'une masse protoplastique à peu près indivise semée de noyaux irrégulièrement distribués dans son épaisseur. Ceux-ci sont riches en chromatine et leurs nucléoles hypertrophiés sont apparents. Les figures de karyokynèse sont nombreuses dans la préparation à examiner. La biopsie permet de conclure : épithélioma au début, de type embryonnaire plasmedial, provenant du revêtement des

crêtes glandulaires, et développé sur une métrite du col antérieure.

Nous rapportons cet examen histologique pour montrer combien le diagnostic peut être difficile entre les mains d'histologistes avertis, et combien il est nécessaire de faciliter la besogne de ces derniers en faisant des prélèvements larges sans traumatisme cellulaire.

L'examen clinique attentif est la condition indispensable d'une biopsie utile; l'examen du clinicien et l'œuvre de Laboratoire sont indissolublement liés et se complètent. Cette prise parfaite et large permet de faire un diagnostic précis et par conséquent une intervention précoce qui à l'heure actuelle reste la ressource la plus sûre que nous ayons à notre disposition dans le traitement du cancer de l'utérus quelle que soit sa variété anatomo-pathologique de début.

## ÉDUCATION DU PUBLIC

### LE RÔLE DES LIGUES ANTI-CANCÉREUSES

Il faut bien avouer que si le médecin, même très averti, n'envoie ses malades que très tardivement au chirurgien, c'est que ces dernières ne se présentent à lui qu'à un stade trop avancé de l'évolution de leurs lésions; et c'est seulement quand les hémorragies incessantes l'amènent à lui que la plupart du temps le médecin est appelé à examiner une cancéreuse. Quelle est la raison de cet appel tardif à des soins logiques? — En grande partie, l'éducation fâcheuse du public à ce sujet. Par un senti-

ment de pudeur mal placé, la malade ne consulte son médecin qu'après avoir épuisé tous les traitements dits « internes » qui doivent lui apporter une prompte guérison. Comment arriver à ce que les malades puissent être examinées de façon judicieuse, dès qu'apparaît chez elles le symptôme d'alarme hémorragie?

Au Congrès de gynécologie et obstétrique de langue française tenu à Bruxelles en septembre 1919, deux moyens furent successivement envisagés: l'éducation des malades elles-mêmes, l'éducation des paramédicaux, plus particulièrement celle des sages-femmes. Ce sont là deux éléments du problème, extrêmement délicats l'un et l'autre. Il faut reconnaître que l'éducation du public répugne quelque peu à notre mentalité médicale française. Ne serait-ce pas cependant la réplique possible aux réclames qui étalent leur littérature malsaine dans les quotidiens et écartent les malades du conseil utile qui les conduirait vers l'intervention bienfaisante? En France la ligue anti-cancéreuse a esquissé dans ce sens un effort. A l'étranger ce procédé a été beaucoup plus diffusé encore. La Société obstétricale de New-York a fait éditer un tract qui est très largement distribué dans les dispensaires d'où il est répandu dans le public. En Suisse, Des Segneux, de Genève, fait remettre à chaque malade qui vient consulter à la clinique un tableau graphique, où elle doit indiquer ses pertes de sang normales ou anormales si minimales soient-elles, en remplissant la colonne correspondant à la date où s'est produite chaque perte. Ces graphiques tenus à jour sont présentés au médecin tous les deux ou trois mois à l'époque de la méno-

pause. Celui-ci est ainsi très rapidement renseigné et peut pratiquer un examen plus complet s'il le juge à propos. Ce procédé peut être évidemment facilement vulgarisé, et c'est sans grande difficulté qu'on obtiendra des malades qui ont dépassé la quarantaine, d'inscrire régulièrement la date de leurs règles sur un calendrier de poche, de marquer d'une croix le jour du début et le jour de leur fin, d'indiquer par un trait les pertes anormales. Le professeur Forgues, dont le récent travail sur le traitement opératoire du cancer de l'utérus est une mise au point pleine d'intérêt de la question (1), voudrait une éducation encore plus précise du grand public. Il faut, dit-il, par des articles dans les journaux, les revues, pour les personnes instruites, par des tracts, des circulaires très brèves mais très catégoriques, distribués dans le public non cultivé, faire cette éducation populaire. Ceci nous semble plus discutable. C'est là, une très noble idée, que d'employer tous les moyens de lutte contre cette affection redoutable, mais il faut bien penser d'autre part, que cette campagne auprès du public est susceptible de quelques critiques. Si on laisse de côté l'argument sentimental dont nous parlions tout à l'heure, c'est-à-dire ce fait regrettable, que notre hérédité et notre éducation médicale première nous ont mal préparés à cet appel au public. Il en est un autre, plus précis celui-ci. Il est à redouter que mal interprétés, ces tracts, ces circulaires, ne déterminent dans certain milieu une véritable psychose, cancérophobie, la hantise du cancer pou-

1. Congrès de gynécologie et obstétrique de Langue Française, Bruxelles, Septembre 1919. Forgues.

vant obséder de façon intense de malheureuses femmes et troubler inutilement leur existence et celle de ceux qui les soignent. Le professeur Forgues à la vérité répond à cet argument de façon spirituelle en concluant que la phobie du cancer est le commencement de la guérison, puisqu'il décide les femmes à un examen gynécologique précoce.

On a conseillé de faire un enseignement de vulgarisation discrète dans les lycées, les écoles supérieures de jeunes filles. Ceci est assez difficile, mais serait à la rigueur logique. Dans les cours d'infirmières, Sociétés de secours aux blessés, cet enseignement, en revanche, nous semble tout à fait indiqué.

Il est un mode d'action qui donnerait peut-être un rendement utile. Ce serait une bonne pratique que d'ajouter quelques feuillets formant une sorte d'annexe médicale au livret de famille. Ce dernier serait certainement lu. Ce serait un compendium médical très court où l'existence du signal d'alarme hémorragie pourrait être précisé. Sur ces quelques feuillets on pourrait en même temps donner quelques notions précises sur la prophylaxie de la tuberculose, la gravité de la syphilis. Il est bien évident que toute espèce d'indication thérapeutique devrait être formellement évitée. Ce procédé aurait l'avantage de ne pas exposer à la phobie du cancer, puisque quelques indications générales seraient données en même temps sur la prophylaxie d'autres affections, ce qui dissimulerait en partie le but principal poursuivi.

## ACTIONS SUR LES PARAMEDICAUX : LE PHARMACIEN, LA SAGE-FEMME

L'action du pharmacien est redoutable. Il est hors de doute que dans un certain milieu le pharmacien est plus fréquemment consulté que le médecin au moment de l'âge critique. La malade vient lui demander conseil sur l'efficacité du traitement dont elle a lu les effets merveilleux sur son journal. Il est très difficile au pharmacien de refuser à la malade ce conseil dont elle espère un soulagement, il lui est encore plus difficile de refuser la fiole dont l'étiquette vante les bienfaits multiples du produit qu'elle recèle. C'est le devoir strict du médecin et c'est à peu près son seul mode d'action vis-à-vis du pharmacien, de lui faire comprendre que si son produit n'est pas nuisible, parce que le plus souvent anodin, il est cependant néfaste dans ses effets, car il retarde pour la femme, à qui il le délivre, l'heure de l'examen secourable. Il faut qu'il sache que toute hémorragie en dehors des règles est une chose grave, très grave, et que c'est lourdement engager sa responsabilité morale que de ne pas rapidement orienter sa malade vers le cabinet du médecin, seul compétent.

C'est, semble-t-il, en suivant la même idée directrice, que l'on devra agir sur les sages-femmes. L'intervention de ces dernières et le rôle qu'elles peuvent tenir dans la lutte anti-cancéreuse ont suscité des opinions très différentes avec une égale conviction. Après le médecin, dit Forgues, ce sont les sages-femmes qui peuvent le mieux

aider à la propagande anti-cancéreuse. On peut dire, surtout à la campagne, que 30 0/0 des cancéreuses consultent pour premier avis une sage-femme. C'est la conseillère à laquelle les femmes recourent volontiers au sujet de l'irrégularité de leurs règles, des troubles abdominaux, des pertes. Donc, il faut que l'instruction pratique de la sage-femme la mette en garde contre la fréquence et l'insidiosité du mal, qu'elle en connaisse les symptômes initiaux, la gravité, la curabilité opératoire. Il y a lieu d'introduire, dans les cours et les manuels de sage-femme les notions indispensables relatives à cette question.

Il semble que cette opinion fut celle de la majorité des chirurgiens. Ce fut celle de Vanwerts, celle du professeur Hartmann. Le professeur Pinard s'éleva en revanche avec énergie, contre cet enseignement de vulgarisation à donner aux sages-femmes. Il appuya à la vérité son opinion surtout d'arguments d'ordre légal. « Je rappelle, dit-il, à mes collègues que d'après un décret de janvier 1917, on ne doit dans les Facultés et maternités enseigner aux sages-femmes que ce qui concerne l'accouchement et nullement les maladies des femmes. Toute sage-femme qui soigne une femme ou un enfant malades, le fait en violation de la loi et est susceptible d'une peine. Quant une sage-femme se trouve en présence d'une femme malade, elle n'a pas à l'examiner, mais simplement à lui conseiller d'aller voir un médecin, et je souhaiterais qu'elle put l'adresser toujours à un médecin compétent » (1).

1. Congrès de Gynécologie et Obstétrique de Langue Française, Bruxelles, Septembre 1919. Pinard.

Nous croyons cependant, avec M. de Fourmestraux (1), qu'il est bien difficile d'empêcher une sage-femme de donner un conseil médical, et qu'au surplus, le fait de prescrire des injections ou même de placer quelques tampons vaginaux n'est pas un fait d'exercice bien redoutable. Il est très évident qu'il ne faut pas faire aux sages-femmes de cours de gynécologie, qu'il importe pour elles de s'abstenir soigneusement de toute thérapeutique active; mais dans la lutte anti-cancéreuse, n'y a-t-il pas un intérêt réel à leur répéter qu'il n'y a pas d'hémorragie extracataméniale normale, que toute perte de sang en dehors des règles est un fait sérieux, un élément grave qu'on ne saurait négliger, et que c'est souvent un symptôme révélateur de lésions anatomiques précises chez une femme qui touche à la ménopause.

En résumé, dans cette lutte qu'il faut entreprendre contre le cancer, aucun élément ne peut être négligé. Si le procédé des tracts, de la vulgarisation scientifique, ne nous paraît pas absolument au point en France, à l'heure actuelle, et ne semble pas susceptible de donner le même rendement qu'en d'autres pays, il ne faut pas négliger cette action sur les paramédicaux, et il nous semble particulièrement utile d'insister sur la vulgarisation scientifique discrète dans l'enseignement et surtout sur l'apport d'un compendium médical précis annexé au livret de famille. Tous ces éléments de lutte anti-cancéreuse doivent aboutir au médecin. Nous avons

1. De Fourmestraux, *Archives Médico. Chirurgicales de Province*, 1921.

exquisé tout à l'heure de la façon plus précise que nous avons pu les symptômes révélateurs qui permettent à ce dernier de faire par un diagnostic précoce une *besogne* vraiment utile dans la lutte contre le cancer.

## CONCLUSIONS

Sans préjuger des résultats obtenus par la radium-thérapie dans le traitement du cancer de l'utérus, il est possible d'affirmer que jusqu'ici le radium doit être réservé au traitement des cas inopérables.

La mieux réglée, la plus logique des grandes entreprises de la Chirurgie gynécologique, l'hystérectomie abdominale élargie est susceptible de donner de merveilleux résultats dans le cancer de l'utérus à sa phase initiale. L'action du chirurgien ne pourra faire sentir ses effets heureux que si un diagnostic précoce permet une intervention rapide.

En regrettant que l'éducation du public ne permette pas encore aux malades d'être orientées d'une façon assez rapide sur la chirurgie bienfaisante, le médecin devra faire tous ses efforts pour établir un diagnostic précis.

L'examen clinique le plus minutieux dissociera les divers symptômes du cancer utérin dans chacune de ses modalités, cancer du corps, cancer du col.

Dans le cancer du corps, l'étude de l'hématorrhée devra être faite méticuleusement. L'examen gynécologique sous anesthésie est formellement indiqué dans les cas dou-

teux. L'examen histologique, biopsie après curettage, sera fait le plus rapidement possible.

Dans le cancer du col, sous ses deux formes anatomopathologiques, épithélioma cylindrique intracervical, cancer glandulaire, épithélioma pavimenteux cancer cervico-vaginal du col, les signes fonctionnels seront également recherchés avec soin. Là encore, on n'hésitera pas à pratiquer l'examen sous anesthésie générale et surtout à faire rapidement une biopsie dans des conditions de technique satisfaisantes.

Il faut souhaiter que le Laboratoire donne une méthode thérapeutique efficace contre cette terrible affection, mais il convient de ne pas oublier que parmi tous les néoplasmes viscéraux, le cancer de l'utérus est peut-être le plus curable, quand l'hystérectomie élargie peut être pratiquée avant que ne soit dépassée l'heure opératoire.

Vu : le président de la thèse

J.-L. FAURE

Vu : pour le Doyen,

G. POUCHET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL

## OBSERVATIONS

Nous avons relevé des observations de cancer de l'utérus dans le cahier hospitalier que M. de Fourmestraux a bien voulu mettre à notre disposition à sa clinique de Chartres.

Parmi ces dernières, quelques-unes nous ont semblé présenter un intérêt réel en raison des difficultés de diagnostic. En particulier, les deux premières de ces observations ont trait à des malades que nous avons pu examiner personnellement et ce sont elles qui nous ont donné l'idée de ce court travail.

### OBSERVATION I (Personnelle).

#### *Cancer de l'isthme-hystérectomie, guérison opératoire.*

Ep..., 35 ans, de Nogent-le-Roi, 1921. Femme d'aspect très vigoureux, rien de spécial dans son passé génital. Une grossesse normale il y a cinq ans, vue pour la première fois en septembre 1921 par le Dr Bouquet de Nogent-le-Roi (E. et L.). Après une perte sanglante assez abondante, les règles depuis quelque temps étaient assez irrégulières. Le Dr Bouquet pense à une histoire de rétention placentaire post-abortum, et l'adresse au Dr de Fourmestraux.

*Examen le 1<sup>er</sup> octobre 1921.* — Utérus légèrement augmenté de volume, douloureux à la pression. Le toucher provoque une augmentation des pertes sanglantes (toucher sans anesthésie, cette malade se laissant très facilement examiner). Trompe et ovaire perceptibles à gauche, rien à droite. Pas de réflexe utéro-rénal. Le col est entr'ouvert légèrement mais aucunement ulcéré. Depuis quelque temps douleur à la fin de

la miction. Capacité vésicale normale. Ni sucre ni abulmine dans les urines. Légère ptose rénale droite. Tension artérielle normale. Cœur et poumons en bon état. Wassermann négatif.

La malade est mise au repos ; tamponnement, traitement gynécologique. Au bout de quelques jours, on constate que cet écoulement sanglant, malgré le repos absolu, ne diminue pas, et le tampon est régulièrement souillé de sérosités rosées. Le diagnostic reste douteux entre : rétention placentaire, fibrome sous-muqueux, ou néoplasme utérin.

Le 6 octobre, sous-anesthésie kélène, dilatation du col et curetage. La curette perçoit une sensation de ressaut des plus nettes au niveau de l'isthme, et ramène des fongosités. Ces dernières, sans odeur, abondantes, ne présentent rien de bien caractéristique.

L'examen anatomo-pathologique (Dr Aynaud) montre d'une façon précise l'origine épithéliale de ces lésions : épithélioma cylindrique provenant de la muqueuse du corps utérin.

10 octobre. — Hystérectomie élargie. Scopolamine-éther (Fourmestiaux, Damiot, Bouquet). Intervention facile. Ligation des hypogastriques. La tranche vaginale saigne très peu. Drainage vaginal. Guérison sans incident. La malade quitte la maison de santé le dix-huitième jour. Nous l'avons revue fin février 1922. Vagin souple, état général excellent. Seuls quelques troubles de ménopause précoces.

## OBSERVATION II (Personnelle).

*Cancer du col au début. — Hystérectomie abdominale totale élargie. — Guérison opératoire.*

Ar..., 44 ans, de Maintenon, 1921. Femme maigre, mais en bon état général. Pas de passé génital. Régulièrement réglée jusqu'en octobre 1921. A ce moment pertes peu abondantes mais continues. La malade forte intelligente remarque que ses hémorragies diminuent beaucoup sous l'influence du repos, qu'au contraire elles augmentent sous l'influence de la fatigue et surtout des sorties en voiture. Elle consulte son médecin, le Dr Chouet, de Maintenon, qui l'adresse immédiatement au Dr de Fourmestiaux. Celui-ci en notre présence fait les constatations suivantes :

Utérus petit, mobile, antéfléchi. Rien dans les annexes. Au niveau du col, dans son segment supéro-externe, alors que tout le reste de la muqueuse est lisse, avec cet aspect poli gris rosé caractéristique, présence d'une ulcération pour ainsi dire taillée à l'emporte-pièce mais de très petit volume et certainement pas supérieure à une pièce de vingt centimes. La coloration rouge vineux de cette ulcération tranche d'une façon absolue sur l'aspect de la muqueuse cervicale voisine. Doucement frottée avec une compresse, elle saigne d'une façon nette. Au toucher sous le gant, il est assez difficile d'établir une différence de consistance entre la zone ulcérée et le tissu voisin. Cette ulcération est enlevée en coin, et envoyée au Laboratoire.

*Examen histologique* (Dr Aynaud). — Epithélioma pavimenteux de la muqueuse du col utérin.

Le 12 décembre, hystérectomie abdominale, totale (Fourmestraux, Daban). Anesthésie scopolamine-éther. Le cœur droit de la malade était suspect. Insuffisance mitrale bien compensée (Dr Fayolle). Intervention sans incident. Ligature des hypogastriques. La tranche vaginale ne saigne presque pas. Uretères libres, pas de ganglions. Suites opératoires simples, mais congestion pulmonaire le huitième jour. Oligurie. Guérison opératoire. La malade se lève le dix-huitième jour. Nous n'avons pas eu occasion de la revoir depuis.

### OBSERVATION III

*Néoplasme de l'isthme. — Guérison-survie de cinq ans.*

Ven..., 38 ans, de Lèves, 1910. Femme d'aspect vigoureux. Trois grossesses sans incident. Depuis quelques temps, règles irrégulières. Il y aurait eu quatre mois auparavant une fausse-couche ? Son médecin l'a vue à cette époque et a prescrit des injections. Les hémorragies ont cessé puis repris. Vue en octobre 1910 par le Dr Dougradi qui nous l'adresse.

La malade se défend. Examen sous anesthésie nécessaire. On peut à première vue penser à une rétention placentaire ancienne, ou à une endométrite secondaire, d'autant plus que la malade présente une leucorrhée assez abondante. Palper

bimanuel. Utérus légèrement augmenté de volume et anté-versé. Col consistance normale, déchiré lèvre postérieure. Salpingite droite, rien à gauche. Rein droit un peu douloureux. Réflexe utéro-rénal. Par les lèvres du col écoulement sanglant peu abondant, plutôt suintement, augmente par la palpation. Dilatation du col. A la curette fenêtrée qui passe assez facilement, il semble que l'on ressent un choc d'arrêt au niveau de l'isthme. On ramène des bourgeons mous, qui sont envoyés au Laboratoire.

*Examen histologique* (D<sup>r</sup> Tixier, Chef Laboratoire Enfants-Malades). — Epithélioma cylindrique intra-cervical.

Intervention 3 novembre 1910, hystérectomie abdominale totale élargie facile. Suites opératoires simples, un peu de désunion de la paroi. La malade est morte en 1916 sans que nous puissions avoir de renseignements précis.

#### OBSERVATION IV

*Cancer du corps. — Hystérectomie totale. —  
Guérison-survie de sept ans.*

Bel..., 60 ans, de Voves, 1911. Femme d'état général médiocre. Adressée par le D<sup>r</sup> Rabourdin. Présente un écoulement sanglant minime mais continu. Le repos n'a sur les caractères de cet écoulement aucune influence. Liquide brique, jaunâtre. La malade a présenté quelques vomissements. Rien dans les urines. Examen sous anesthésie : utérus mobile, semble augmenté de volume au niveau de la corne utérine gauche. Rien dans les annexes. Par toucher rectal, constatation également de cette légère augmentation de volume.

A la suite de l'examen écoulement plus abondant. Curettage explorateur. On ramène quelques débris muqueux.

*Examen histologique* (D<sup>r</sup> Tixier). — Epithélioma cylindrique.

Le 15 janvier. Intervention. Hystérectomie abdominale totale élargie. Guérison. Le septième jour congestion pulmonaire hypostatique, qui nécessite un lever précoce. Malade décédée en 1918 par anurie (Récidive très probable ?).

OBSERVATION V

*Cancer du col. — Hystérectomie totale. — Guérison.*

Dur..., 27 ans, de Chartres, septembre 1920. Deux fausses couches, spécificité probable. Vient se faire examiner parce que leucorrhée abondante et pertes sanglantes dans l'intervalle des règles. Femme d'aspect vigoureux.

*Examen.* — Palper bimanuel. Utérus augmenté de volume. Les deux ovaires perceptibles. Le col est déchiré, mais dans son segment supéro-externe, lésion d'aspect rougeâtre, petite saillie muriforme qui saigne au moindre contact. Cet écoulement sanglant ne s'arrête pas sous injection vaginale chaude. Tamponnement, traitement gynécologique. Malade remise à quinze jours. Nouvel examen: Col désinfecté, mais ulcération supéro-externe n'a pas changé et continue de saigner au contact. Prise d'un fragment large. Hémorragie assez abondante consécutive. Tamponnement.

*Examen histologique* (Dr Ameuille) — Epithélioma pavimenteux typique.

Hystérectomie abdominale totale (Fourmestreaux, Damiot). Ligature des hypogastriques. Drainage, suppuration de la paroi. Guérison. La malade revue en janvier 1922 est en excellent état de santé: vagin souple, pas de récidence.

OBSERVATION VI

*Cancer du col. — Hystérectomie. — Guérison.*

Reg..., 34 ans, de Rambouillet, juin 1912. Observation sensiblement identique à la précédente: deux grossesses sans incident. Vue par le Dr Humbert, qui soupçonne un épithélioma utérin en raison des hémorragies. Cette malade mise au repos absolu, voit ses hémorragies s'arrêter, puis réapparaître sous l'influence de la fatigue.

*Examen 25 juin 1912.* — Région appendiculaire douloureuse. Femme très obèse. Anesthésie nécessaire. Utérus rétrofléchi. Salpingite droite. Col béant, entr'ouvert, pas d'hémorragie perceptible, mais au niveau de la lèvre postérieure la muqueuse est ulcérée (pièce de 50 centimes), saigne au toucher. Il sem-

ble qu'on perçoive une induration de la totalité de la lèvre postérieure. Traitement médical pendant un mois, la malade ayant refusé tout acte chirurgical même un prélèvement au bout d'un mois, après hémorragie persistante, amputation de la totalité de la lèvre postérieure.

*Examen histologique* (D<sup>r</sup> Ameuille). — Epithélioma pavimenteux.

Hystérectomie (Fourmestiaux, Damiot, Humbert). — Au cours de l'intervention rupture d'un pyo-salpynx droit.

Hémostase difficile de la tranche vaginale. Drainage. Malade shockée. Suppuration abondante par le drain. Guérison. Malade revue en 1917, apparence de guérison.

#### OBSERVATION VII

*Cancer de l'isthme. — Hystérectomie. — Mort.*

Verd..., 44 ans, d'Outarville, août 1920. Femme d'aspect peu vigoureux, présente depuis six mois des pertes peu abondantes mais continues. Métrorragies et ménorragies se confondent. Utérus augmenté de volume. Ovaires et trompes perceptibles. Par le toucher sous-anesthésie, malade se défendant peu, on augmente nettement l'hémorragie en mobilisant l'utérus. Dilatation sous-anesthésie. Curettage.

*Examen histologique* (D<sup>r</sup> Aynaud). — Epithélioma cylindrique.

Malade état général médiocre. En raison du « bon » aspect local des lésions, intervention (Fourmestiaux, Labiche). Hystérectomie très facile. Ligature des hypogastriques. Drainage vaginal. Suites opératoires d'abord simples, puis mort brusque (embolie ?) le neuvième jour, pas d'autopsie.

#### OBSERVATION VIII

*Cancer du col. — Hystérectomie. — Guérison.*

Bern..., 49 ans, de Chartres, juillet 1921. Femme très vigoureuse quoique maigre. Rien dans les urines. Cœur, poumons intacts. A eu 4 enfants. Réglée à quatorze ans. Ménopause à quarante-et-un ans. Il y a six mois pertes san-





- ILLE (Ed.). — La ménopause et le cancer de l'utérus. *Médical Record*, 1897.
- LABADIE, LAGRAVE, LEGUEU. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, page 940.
- LABBÉ (Marcel). — Biopsie de métrite cervicale. *Soc. anat.*, 1909.
- LAPTHORN-SMITH. — La prévention du cancer (*Presse médicale*, 1921).
- LAROCHE. — La lutte contre le cancer de l'utérus. Thèse de Lyon, 1910.
- LE DENTU, DELBET. — Traité de chirurgie, tome 10 (article cancer utérus).
- LUMIÈRE. — Considérations sur le problème du cancer. *Académie de médecine*, octobre 1921. A propos du traitement du cancer cervico-utérin par l'hystérectomie consécutive à la radium-thérapie. *P. M.* Février 1922.
- PETIT (P.). — Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. *Société de gynécologie et obstétrique*, novembre 1905.
- POZZI. — Traité de gynécologie (article utérus).
- ROZIÉS. — Traitement du cancer du col utérin inopérable. *Gaz. des hôpitaux*, juin 1913.
- RUBENS, DUVAL. — Biopsie, cancer du col de l'utérus.
- SIREDEY. — Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus. *Bulletin médical*, 8 avril 1911.
- SIREDEY et LEMAIRE. — De l'utilité d'un curettage explorateur pour le diagnostic précoce du cancer utérin. *Annal. de gynécologie et Obstétrique*, 1913.



